

**МИРСАИД МИРРАХИМОВ АТЫНДАГЫ УЛУТТУК КАРДИОЛОГИЯ
ЖАНА ТЕРАПИЯ БОРБОРУ**

**И. К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

Д 14.20.619 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК [616.124.2+616.124.3]-005.8-036.11:616.12-008.331.4

ЧАЗЫМОВА ЗАЛИНА МАГАМЕДОВНА

**СОЛ ЖАНА ОҢ КАРЫНЧАНЫН ТӨМӨНКҮ ДУБАЛДАРЫНЫН
ТРАНЗИТАРДЫК АРТЕРИАЛДЫК ГИПОТОНΙΑ МЕНЕН
АЙКАЛЫШКАН МИОКАРД ИНФАРКТЫНЫН КУРЧ ТҮРҮНҮН
КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ФУНКЦИОНАЛДЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

14.01.05 – кардиология

Медицина илимдеринин кандидаты
окумуштуулук даражасын алуу үчүн жазылган
диссертациянын авторефераты

Бишкек – 2022

Иш Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин акад. Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борборунун ургенттик кардиология бөлүмүндө аткарылган.

Илимий жетекчиси: Бейшенкулов Медет Таштанович

медицина илимдеринин доктору, профессор,
Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин акад. Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борборунун ургенттик кардиология бөлүмүнүн башчысы

Расмий

оппоненттер:

Норузбаева Айгуль Мукашевна

медицина илимдеринин доктору, профессор, өнөкөт жүрөктүн жетишсиздиги бөлүмүнүн башчысы акад. Мирсаид Миррахимов атындагы НЦКиТ.

Арипов Марат Асанович

медицина илимдеринин доктору, Казакстан Республикасынын Нур-Султан шаарындагы Улуттук илимий кардиохирургиялык борборунун интервенциялык кардиология бөлүмүнүн башчысы

Жетектөөчү уюм: Казакстан Республикасынын Улуттук илимий медициналык борбору (010009, Казакстан Республикасы, Нур-Султан шаары, Абылайхан проспекти, 42).

Диссертацияны коргоо 2022-жылдын “3” мартта саат 14.00 медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин акад. Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору жана И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясына караштуу Д 14.20.619 диссертациялык кеңештин отурумунда өткөрүлөт, дареги: 720040, Бишкек шаары, Тоголок Молдо көчөсү, 3, конференц зал, кабат, диссертацияны онлайн коргоо режиминде коргоонун жеткиликтүү идентификатору: <https://vc.vak.kg/b/142-sca-qor-no7>.

Диссертация менен Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин акад. Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору (720040, Бишкек ш., Тоголок Молдо көч., 3), И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92) китепканаларынан жана <http://nccim.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат « » 2022-жылдын -майында таркатылды.

Диссертациялык кеңештин

окумуштуу катчысы

медицина илимдеринин кандидаты, доцент

С. С. Абилова

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Майыптыктын жана өлүмдүн негизги себептеринин бири болуп саналган - курч миокарддык инфаркт көйгөйлөрү башка өлкөлөрдүн заманбап кардиологиясында дагы эң актуалдуу маселелердин бири бойдон калууда [Ю. Е. Абакумов ж.б. авт., 1993; E. M. Antman. et al., 2008; Y. Juilliere et al., 2012]. Сол карынчанын миокард инфарктына болгон узак мөөнөттүү тарыхый кызыкчылыктарынан айырмаланып, өткөн кылымдарда, А. Сандерсдин оң карынчанын миокард инфарктына чалдыккан бейтаптын биринчи сүрөттөмөсүн берген учурдан баштап эле, ошол оң карынчанын миокард инфарктына карата клиникалык изилдөөлөр биринчи жолу 1930-жылдары башталган. 24-50% учурларда оң карынчанын миокард инфаркты көбүнчө сол карынчанын миокард инфарктынын төмөнкү дубалы менен айкалышып, иш жүзүндө өзүнчө болбойт [J. M. Isner, W. C. Roberts, 1978; H. R. Andersen et al., 1987; P. K. Shah et al., 1985]. Оң карынчанын бөлүнүп чыккан миокард инфаркты өтө сейрек кездешет, бул миокарддын жалпы санынын 3% дагы азыраак [G. W. Evans, B. Lovell, 1979]. Оң карынчалардын миокард инфарктынын клиникалык көрүнүштөрү гемодинамикалык оор гипотензиянын толук жоктугунан, кардиогендик шоктун өнүгүшүнө чейин ар кандай болот. Адабий маалыматтарга ылайык уйку безинин 25-50% чейинкиси гемодинамикалык мааниге ээ [J. M. Isner, W. C. Roberts, 1978; P. K. Shah et al., 1985; L. G. Horan, N. C. Flowers, 1999]. Оң карынчанын миокард инфарктына күмөн саноонун келип чыгышы, эреже боюнча, сол карынчанын жүрөк жетишсиздигинин белгилери жок болгон учурда, сол карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган бейтаптарда артериялык гипотониянын өнүгүшүнө байланыштуу. Эгерде кыска мөөнөттө (30 мүнөттөн кем эмес убакытта) гипоперфузия белгилери менен айкалышпаган, артериялык гипотензия билинбесе, анда ал (артериялык гипотония) оң карынчанын инфарктынын мүнөздүү көрүнүшү катары гана каралат жана ар дайым жагымсыз божомолдук фактор катары кабыл алынбайт. Жогорудагы иш сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфарктына чалдыккан бейтаптардагы мындай артериялык гипотониясынын функционалдык өзгөчөлүктөрүн изилдөө менен анын божомолдоо маанисин баалоого арналган.

Диссертациянын темасынын приоритеттик илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөө иштери, билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүлүүчү илимий иштер менен байланышы. Диссертациялык иш Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин акад. Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борборунун илимий-изилдөө иштеринин алкагында аткарылган (№0007095).

Илимий иштин максаты: сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган оорулуулардагы транзитардык артериялык гипотониянын өрчүшүнө жараша сол жана оң карынчалардын клиникалык

агымын, функционалдык абалын, коронардык атеросклерозунун оордугун жана тери-коронардык кийлигишүүлөрдүн натыйжалуулугун изилдөө.

Изилдөөнүн максаттары:

1. Артериялык гипотониянын пайда болушуна жараша сол карынчанын жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган адамдарда сол жана оң карынчалардын функционалдык абалын, клиникалык агымын изилдөө.

2. Артериялык гипотониясыз жана анын катышуусу менен, сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган оорулуулардагы жүрөктүн катуу өнөкөт жетишсиздигинин өнүгүшүн аныктоо.

3. Артериялык гипотониясы кабылдап кеткен сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган оорулуулардын коронардык артерия ооруусунун деңгээлин талдоо.

4. Артериялык гипотониясы кабылдап кеткен сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган бейтаптардагы ооруканага чейинки тромбозго салыштырмалуу тери-коронардык кийлигишүүнүн натыйжалуулугун баалоо.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы. Биринчи жолу сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфарктына чалдыккан бейтаптардын диастоликалык функциясындагы өзгөрүүлөрдүн клиникалык-функционалдык өзгөчөлүктөрү, сол карынчанын реконструкциясы транзитардык артериялык гипотонияга кабылгандар изилденген. Өтмө артериялык гипотония менен сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфарктына чалдыккан бейтаптардагы ооруунун клиникалык агымынын өзгөчөлүктөрү изилденди. Сол карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфарктындагы коронардык артериялардын жабыркоо деңгээли, оң карынчанын жабыркашына жана өтмө артериялык гипотониянын болушуна байланыштуу изилдөөлөр жүргүзүлгөн. Сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган бейтаптарды эндоваскулярдык дарылоонун таасири бааланган.

Алынган жыйынтыктардын практикалык маанилүүлүгү. Ооруунун алдын-алуу, сол жана оң карынчанын диастоликалык жана систоликалык функцияларынын өзгөрүүсүн, сол карынчанын калыбына келтирилишин изилдөө, сол карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган бейтаптардагы карынчалар аралык жана карынча ичиндеги асинхрония оорусунун башталышынан баштап алгачкы этапта оң карынчалардын иштешинин диагностикасын өркүндөтүп, алдын-алуу иш-чараларын тезинен баштоо зарыл.

Коргоого алынып чыгуучу диссертациянын негизги жоболору:

1. Өтмө артериялык гипотония менен сол карынчанын төмөнкү дубалынын жана оң карынчанын миокард инфаркты менен ооруган бейтаптар сол карынчанын патологиялык реконструкциясы, сол карынчанын диастоликалык дисфункциясы, оң карынчанын систоликалык дисфункциясы,

карынчалар ортосундагы жана ички карынчалардын асинхрониясы менен мүнөздөлөт.

2. Клиникалык байкоо жүргүзүү учурунда, өтмө артериялык гипотония менен сол жана оң карынчанын ылдыйкы дубалынын миокард инфаркты менен ооруган бейтаптарда жүрөк жетишсиздиги тез өнүккөн жана өтмө артериялык гипотониясы жок бейтаптарга салыштырмалуу жогорку функционалдык класста болгон.

3. Коронардык ангиографиянын жыйынтыгы боюнча, транзитардык артериялык гипотония менен айкалышкан сол жана оң карынчанын ылдыйкы дубалынын миокард инфаркты менен ооруган бейтаптарда, көп тамырлуу коронардык артерия ооруусу көп кездешкен.

4. Сол карынчанын төмөнкү дубалынын обочолонгон миокард инфарктында жана туруктуу гемодинамикасы бар сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфарктында реперфузиянын фармако-инвазиялык ыкмасы сол карынчанын функцияларына оң таасирин тийгизет жана оң карынчаны, ошондой эле ооруунун клиникалык агымын жакшыртат. Өтүмдүк артериялык гипотония менен сол жана оң карынчанын ылдыйкы дубалынын миокард инфаркты менен жабыркаган бейтаптардын тобунда, көп тамырлуу артериялык жабыркоолор менен, инфаркт менен байланышкан бир гана артерияны стенттөөнүн негизинде абал жакшырбайт, башкача айтканда сол карынчанын дистоликалык функциясы жана патологиялык жаңылануусу иш жүзүнө ашырылат.

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Автор жеке өзү клиникалык изилдөөлөрдү, электрокардиографияны, эхокардиографияны, изилдөөлөрдүн натыйжаларын талдоо жана чечмелөөнү, кардиолог катары тери-коронардык интервенцияга катышууну, статистикалык маалыматтарды иштеп чыгууну жана кол жазмаларды басууга даярдоону жүргүзгөн.

Изилдөөнүн натыйжаларын апробациялоо. Изилдөөнүн негизги жыйынтыктары "Миррахимов окуулары" деген илимий-практикалык конференциясында (Бишкек, 2014), V Евразиялык кардиология конгрессинде (Бишкек, 2017) баяндалып талкууланды.

Диссертациянын натыйжаларынын басылмаларда толук чагылдырылышы. Диссертациянын темасы боюнча 10 илимий эмгектери жарыкка чыккан, анын ичинен КР ЖАКсы тарабынан сунушталган – 7 илимий макалалар, РИНЦ системалары аркылуу индекстелүүчү илимий мезгилдүү журналдарында – 3 илимий макалалар жарыяланган.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертациялык иш киришүүдөн, 4 баптан, корутундулардан, практикалык сунуштардан, библиографиядан жана кыскартуулардан турат; компьютерде терилген тексттин 134 барагын, 23 таблицаны жана 19 сүрөттү камтыйт. Библиографиялык көрсөткүч 197 булактан турат.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө диссертациялык ишти изилдөөдөгү актуалдуулугу жана аны жүргүзүү зарылчылыгынын негиздемеси, иштин максаты, тапшырмалары, илимий жаңылыгы, иштин практикалык манилүүлүгү жана диссертациянын

коргоого чыгарылган негизги жоболору көрсөтүлгөн.

1-бап. Адабий серепте оң карынчанын миокард инфарктына аныктама берүү жана диагностикалоо боюнча заманбап ыкмалар чагылдырылган. Өнүгүүнүн, эпидемиологиянын, патофизиологиясынын өзгөчөлүктөрү, ошондой эле оң карынчанын инфарктынын диагнозу жана божомолу баяндалган.

2-бапта бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөлөрү келтирилген, изилдөө методдору баяндалган. Баштапкы Q-толкундуу миокард инфарктына чалдыккан 135 бейтап текшерүүдөн өттү. Изилдөөгө киргизилген бейтаптардын жаш курактары 70 жаштан улуу эместер, эркек жынысындагылар, жаш курагы жана жүрөктүн коронардык оорусунун тобокелдик факторлору менен салыштырууга болот. Изилдөөгө киргизилген критерийлери: сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын курч миокард инфаркты, сол карынчанын төмөнкү дубалынын курч миокард инфаркты, бейтаптардын изилдөөгө катышууга берген маалыматтык макулдуктары, реперфузияга жетишкенден кийинки тромболитикалык терапиясы, артериялык гипотониясы (узактыгы 30 мүнөткө жетпеген, гипоперфузия белгилери жок болсо), эркек жынысындагылар. Изилдөөдөн четтетилген критерийлери болуп: кардиогендик шок, постинфаркттык кардиосклероздун болушу, ишемиялык кардиомиопатия, мурунку өнөкөт жүрөк жетишсиздиги, сол дүлөйчөнүн гипертрофиясынын белгилери, сол карынчанын, оң дүлөйчөнүн, оң карынчанын, Гиса таңгагынын сол буттагы блокадасы, Гиса таңгагынын оң буттагы блокадасы, боор жана бөйрөк менен айкалышкан оор ооруулар, кант диабетинин болушу, жүрөктүн тубаса же жүрөк кемтиги, коштолгон катуу оорулары, II, III даражадагы атриовентрикулярдык блок саналат.

Бейтаптардын топтору. 1 топ - сол карынчанын төмөнкү дубалынын баштапкы миокард инфаркты ($n=43$), кичи топтор: 1.1 топ - сол карынчанын төмөнкү дубалынын баштапкы миокард инфаркты ($n=30$) (тромболитикалык терапия); 1.2 топ - сол карынчанын төмөнкү дубалынын баштапкы миокард инфаркты ($n=13$) (тромболитикалык терапия+ тери-коронардык кийлигишүү). 2чи топ - туруктуу гемодинамикасы бар сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын баштапкы миокард инфаркты ($n=47$). Кичи топтор: 2.1 - туруктуу гемодинамикасы бар сол карынчанын жана оң карынчанын ылдыйкы дубалынын миокард инфаркты (тромболитикалык терапия); 2.2 - туруктуу гемодинамикасы бар сол карынчанын жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын баштапкы миокард инфаркты (тромболитикалык терапия + тери-коронардык кийлигишүү). 3 топ - сол карынчанын төмөнкү дубалынын баштапкы миокард инфаркты, артериялык гипотония менен татаалдашкан ($n=45$). Кичи топтор: 3.1 - сол карынчанын төмөнкү дубалынын баштапкы миокард инфаркты, артериялык гипотония менен татаалдашкан ($n=32$) (тромболитикалык терапия); Артериялык гипотония ($n=13$) менен татаалдашкан сол карынчанын жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын 3.2 - башталгыч миокард инфаркты (тромболитикалык терапия+ тери-коронардык кийлигишүү). Бейтаптардын бардык топтору дарылануудан өтүштү: ооруканага чейинки стрептокиназа, аспирин, клопидогрел, гепарин,

аторвастатин, бета-блокатор, ферментке айлануучу ангиотензин ингибитору менен. Реперфузиялык терапия катары, биринчи чакан топтордун бейтаптары (1.1; 2.1; 3.1) ооруканага чейинки убакытта тамырга стрептокин менен тромболитикалык терапияны алышкан. Экинчи кичи топтордун бейтаптары (1.2; 2.2; 3.2) фармако-инвазивдик реперфузия ыкмасын колдонушкан (ооруканага чейинки убакытта тамырга стрептокиназа жана инфаркт менен байланышкан артерияны стенттөө манипуляцияларынан өткөн).

Жүрөктүн коронардык оорусунун курагы жана тобокелдик факторлору боюнча бейтаптардын талданган топторун салыштырууга болот (1-таблица). Гиперхолестеринемия, тамеки чегүү, артериялык гипертензия, ашыкча салмак, оор тукум куучулук сыяктуу жүрөктүн ишемиялык оорусунун негизги тобокелдик факторлору бардык топтордо бирдей жыштыкта табылды. Систоликалык жана диастоликалык кан басымынын деңгээлинде олуттуу айырмачылыктар болгон.

Таблица 1. – Каралган топтордун клиникалык мүнөздөмөлөрү

Көрсөткүч (M±SD)	1 топ (n=43)	2 топ (n=47)	3 топ (n=45)	P anova
Жашы	55,7±7,1	54,7±6,7	55,3±7,6	0,813
Жалпы холестерин, ммоль/л	4,18±0,28	4,25±0,23	4,26±0,32 [#]	0,06
Тыгыздыгы аз болгон липопротеиддер, ммоль/л	3,15±0,42	3,25±0,49	3,26±0,5	0,06
Жогорку тыгыздыктагы липопротеиддер, ммоль/л	0,6±0,36	0,5±0,3	0,6±0,42	0,425
Триглицериддер, ммоль/л	1,0±0,51	1,2±0,62	0,9±0,54	0,062
САД, мм сынап мамычасы	128±11*	111±10 [^]	82±3 [#]	0,000
ДАД, мм сынап мамычасы	75±9*	70±7 [^]	52±3 [#]	0,000
Тулку бою, см	172±6	170±4	171±3	0,111
Салмагы, кг	80±7,4	76,6±4,8	79,6±5,1	0,012
Дене аймагы, м ²	1,93±0,12	1,87±0,07	1,91±0,07	0,006
ДСИ, кг/м ²	27,1±1,6	26,6±1,4	27,3±1,6	0,063
Тукум куучулук, n (%)	11 (26,7%)	17 (36,2%)	16 (35,6%)	0,57
Тамеки чегүү, n (%)	25 (57,8%)	30 (63,8%)	27 (60,0%)	0,838
АГ, n (%)	14 (33,3%)	19 (40,4%)	25 (55,6%)	0,093
Теринин астындагы коронардык кийлигишүү, n (%)	13 (28,9%)	13 (27,7%)	13 (28,9%)	0,99
*p ₁₋₂ ; ^p ₂₋₃ ; #p ₁₋₃				

Эскертүү: p - топтордун ортосундагы айырмачылыктардын мааниси. ОХС – жалпы холестерин, АГ- артериалдык гипертензия, САД - систоликалык кан басымы, ДАД - диастоликалык кан басымы, ДСИ - дене салмагынын индекси.

Дары-дармектерди колдонуу ыкмасы. Тромболитикалык терапия: ооруканага чейинки стадияда стрептокиназа 1,5 миллион бирдик тамырга 30 мүнөттө тамчылатат; ацетилсалицил кычкылдыгы: ооруканага чейинки 250 мг, андан кийин 75 мг, ооз аркылуу, чайноо; клопидогрел: 300 мг биринчи доза, тери-коронардык кийлигишүү үчүн 600 мг биринчи доза, андан кийин 75 мг пероралдык, күн сайын; фракцияланбаган гепарин: эгерде оорулуу туруксуз болсо, анда кайталанып туруучу ангиналдык кол салуулар болсо, гепарин тамырга активдешкен жарым-жартылай тромбопластин убактысынын көзөмөлү астында куюлган, максималдуу дозасы 24 саат бою 1000 бирдик / саат болгон.

Оорулуунун абалы туруктуу болгондо, тромбозмболиялык оорулардын алдын алуу үчүн, гепарин дарысы тери астына киргизилген; нитроглицерин: 1 өтмөктө берилген, тилдин астына салып, сорулган, андан кийин кан басымы жана жүрөктүн кагышынын контролдугу астында 24 саат бою тамырга 10-50 мкг / минута болгон; ферментке айлануучу ангиотензин ингибитору: эналаприл күнүнө 2 жолу 5-10 мг; кан басымынын деңгээлинин контролдугу астында; бета-блокатор: бисопрололдун баштапкы дозасы күнүнө 1,25 мг, андан кийин ар жумада дозаны кан басымынын деңгээлине жана жүрөктүн кагышына жараша күнүнө 5-10 мг чейин көбөйтөт; статиндер: аторвастатин күнүнө 80 мг, боор трансаминазалары АСТ, АЛТ көзөмөлүндө болгон. 3чү топтогу пациенттерде бета-блокаторлор жана ферментке айлануучу ангиотензин (ФААИ) ингибиторлору кан басымы турукташкандан кийин колдонулуп, дозаларын жеке титрлеген. Перкуталдык коронардык кийлигишүү Toshiba аппаратынын жардамы менен жүргүзүлдү. Контрасттуу агент - Visipak-320 аппаратынын жардамы менен жүргүзүлдү. Силдингердин айтымында 2% -2,0 мл лидокаин эритмеси менен жергиликтүү анестезия менен оң радиалдык артериянын пункциясы жасалды. Интрадьюсер: 6F. Коронардык ангиография: СКА (сол коронардык артерия): JL 3.5 5F катетер, ОКА (оң коронардык артерия): JR 3.5 катетер 5. ЛКА: Wiseguide JR 3.5 6F. Андан кийин, инвазиялык кийлигишүү жасалды: коронардык артерияны стенттөө жүргүзүлдү. Натыйжада коронардык ангиографиялык контроль жүргүзүлдү. Андан кийин мүчөгө катуу асептикалык бинт тагылды.

Изилдөө объектиси: сол жана оң карынчанын баштапкы төмөнкү инфаркты менен ооруган 135 бейтап. *Изилдөө предмети:* клиникалык-функциялык өзгөчөлүктөрү, ылдыйкы сол капталынын карынчасынын жана оң карынчасынын миокард инфаркты менен транзитордук артериялык гипотония.

Изилдөө ыкмалары. Бардык инструменталдык изилдөө ыкмалары ооруунун 1, 30 күндөрү, 6 жана 12 айларында жүргүзүлгөн. Электрокардиография (ЭКГ) 12 стандарттуу өткөргүчтө, ошондой эле 3 каналдуу EKZT-01-R-D аппаратында (Россия) оң көкүрөк коргошун аппаратында (RV3-RV4) катталган. Эхокардиография импульстук толкун менен трансторакалык эхокардиография, түстүү доплердик sonography MINDRAY шайманында (Кытай) 3,5 МГц тармактык өткөргүчтү колдонуп

өткөрүлгөн. Жүрөктүн камераларынын өлчөмдөрү жана жүрөк ичиндеги гемодинамиканын параметрлери Америка Эхокардиографтары Ассоциациясы кабыл алган стандарттуу методологияга ылайык бааланган. Стандарттык позициялар колдонулган: сол карынчанын кыска жана узун октору боюнча парастерналдык жана апикалдык ыкмалар колдонулган. Ар бир позицияда жүрөктүн 8 жана 10 циклинде жазылган, изилдөө флеш-картага жазылган. Жүрөк циклинин фазаларын аныктоо үчүн, электрокардиографиянын стандарттуу коргошун II аппараты аркылуу жаздырылды. Электрокардиография аркылуу төмөнкү көрсөткүчтөр талданды: диастолдогу сол дүлөйчөнүн антиопостериордук өлчөмү; сол карынчанын диастолалык көлөмү дагы каралды; сол карынчанын систолалык көлөмү; сол карынчанын акыркы диастолалык көлөмү, мл³; индекстелген диастоликалык көлөм, мл³/м²; сол карынчанын систолалык көлөмү, мл³; индекстелген систолалык көлөм, мл³/ м²; сол карынчанын чыгаруу фракциясы, пайыздык үлүштө каралды (Симпсон боюнча); оң карынчанын систолалык аянты, см²; оң карынчанын диастоликалык аянты, см²; оң карынчанын аянтынын өзгөрүү бөлүгүнүн аймагынын өзгөрүшүнүн бөлүгү, TAPSE, мм аппарат аркылуу пайыздык үлүштө каралды.

Доплердик эхокардиография. Сол карынчанын жана оң карынчанын диастоликалык функциясы дуплекстик режимде (эки өлчөмдүү жана доплердик эхокардиографиянын айкалышы) стандарттык ыкмага ылайык, ыкмадан төрт камеранын бөлүмүндө бааланган. Төмөндө көрсөтүлгөн көрсөткүчтөр эсептелген: Em, см/с; Am, см/с; E/Am; Et, см/с; At, см/с; E/At. Сол карынчаны калыбына келтирүү геометриялык параметрлерди эсептөө менен бааланган: сфералык систолалык индекс, бирдик көрсөткүчүндө; диастоликалык сфералык көрсөткүч; миокарддын диастоликалык стресси, бирдик көрсөткүчүндө; глобалдык карынча асинхрониясын аныктоо М-модалдык режимде өткөн, сол карынчанын арткы дубалынын максималдуу жыйрылышы ортосундагы убакыт айырмасы катары. Алардын ортосундагы 130 мс ашык кечигүү глобалдык асинхрониянын белгиси болуп саналат [Pitzalis MV et al., 2002]. Интерприкулярдык асинхрония доплер режиминде Q-дан аорта агымынын башталышына чейинки Q жана электрокардиографиядан өпкө агымынын башталышына чейинки аралыктардын айырмасы катары эсептелген. Карынча аралык асинхрония, эгер бул айырмачылык 40 мс ашык болсо коюлган. 6 мүнөттүк сейилдөө көнүгүүлөргө толеранттуулукту аныктоо жана оорунун клиникалык көрүнүшүнүн оордугун баалоо, жүрөк жетишсиздигинин функционалдык классын аныктоо максатында жүргүзүлдү.

Ооруунун клиникалык агымын баалоо. 12 ай бою ооруунун клиникалык агымы көзөмөлгө алынган. Клиникалык изилдөө төмөнкү жыштыкта жүргүзүлдү: ооруканада 10 күнгө чейин жаткан мезгилде - күн сайын текшерилип турду. Андан ары текшерүү ооруунун 30 күнү, 6 жана 12 айларында жүргүзүлгөн. Өнөкөт жүрөк жетишсиздигинин өнүгүшү, курч коронардык синдромдун кайталанышы, өлүмгө алып келиши билинди.

Статистикалык иштеп чыгуу ыкмалары. SPSS программасы (IBMInc, АКШ, версия 23) статистикалык маалыматтарды иштеп чыгуу үчүн колдонулган. Сапаттык көрсөткүчтөр пайыз менен берилген. Сандык өзгөчөлүктөр орточо \pm стандарттык четтөө катары берилген. Берилген маалыматтардын сандык көрсөткүчтөрүн салыштырмалуу талдоодо дисперсиялык анализ колдонулган. Chi2 тестинин жардамы менен сапаттык мүнөздөмөлөр салыштырылды. Айырмачылыктар $p < 0.05$ боюнча олуттуу деп эсептелген. Логистикалык анализ жүрөк жетишсиздигинин болжолдуу көрсөткүчтөрүн аныктоо үчүн колдонулган. Биринчи этапта бардык көрсөткүчтөр жөнөкөй логистикалык анализдин жардамы менен талданган. Жүрөк жетишсиздигинин өнүгүшүнүн көзкарандысыз божомолун аныктоо максатында андан ары, көп жолу анализдөө үчүн $\alpha < 0.15$ маанисиндеги бардык көрсөткүчтөр тандалып алынды. Көрсөткүчтөрдү этап-этабы менен киргизүү, бир нече логистикалык анализдин вариантын колдондук. Божомолдор $\alpha < 0.05$ боюнча көз карандысыз жана статистикалык жактан маанилүү деп эсептелген, андан кийин акыркы божомолдоочу моделге киргизилген. Детерминация коэффициенттери дагы эсептелген - R2.

Үчүнчү бапта изилдөөнүн натыйжалары жана аларды талкуулоо көрсөтүлгөн.

Оң карынчанын тартылышына жана артериялык гипотониянын болушуна жараша сол карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфарктынын клиникалык жана функционалдык өзгөчөлүктөрү. Биз сол жана оң карынчанын систолалык жана диастоликалык функцияларынын өзгөрүүсүн, сол карынчанын калыбына келүүсүн, карынчалар аралык асинхрония жана глобалдык интравентрикулярдык асинхронияны сол карынчанын жана төмөнкү карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган бейтаптарды изилдеп чыктык (табл. – 2). Ооруунун 1 күнүндөгү эхокардиографиянын натыйжаларын талдоодон кийин үч топтогу тең бейтаптарда сол карынчанын фракциясынын согушу жана сол карынчанын көлөмдүк көрсөткүчтөрүндөгү олуттуу айырмачылыктарды көрсөттү. Башында, миокарддын инфаркты менен айкалышкан оор түрү менен ооругандар (3,1 гр.) сол карынчанын салыштырмалуу чоңдугун жана көлөмүн көрсөтүштү ($p < 0.0001$). Сол жана оң карынчанын ылдыйкы дубалынын коштолгон миокард инфаркты жана туруктуу гемодинамикасы бар бейтаптар (2,1 гр.) оң карынчанын жана TAPSE аянтынын төмөнкү ичеги-карындын изоляцияланган тобуна салыштырмалуу бир кыйла жогорулагандыгын көрсөттү (1,1 гр.) ($p < 0,001$).

Таблица 2. - Ооруунун 1 күнүндө миокард инфарктына кабылган оорулуулардагы сол жана оң карынчанын систоликалык иштешинин көрсөткүчтөрү

Параметрлер $M \pm SD$	1.1 топ (n=30)	2.1 топ (n=34)	3.1 топ (n=32)	P_{anova}
Сол карынчанын индекстелген диастоликалык көлөмү, $мл^3/м^2$	68,2 \pm 4,9*	72,1 \pm 4,0	81,3 \pm 4,3 [#]	0,000
Сол карынчанын индекстелген систоликалык көлөмү, $мл^3/м^2$	33,4 \pm 3,7*	36,9 \pm 2,0	40,9 \pm 3,3 [#]	0,000

Сол карынчанын чыгаруу фракциясы, %	50,9±4,4	48,7±2,9	46,6±4,9 [#]	0,038
Оң карынчанын диастоликалык аягы, см ²	22,7±1,8*	29,5±1,5	29,0±1,7 [#]	0,000
Оң карынчанын акыркы систоликалык аянты, см ²	14,3±1,4*	18,4±1,1	19,3±1,4 [#]	0,000
Оң карынчанын аймагындагы өзгөрүүлөрдүн үлүшү, %	42,3±3,6*	34,8±3,6	32,7±2,8 [#]	0,000
TAPSE, мм	19,9±1,3*	15,1±1,1	11,2±1,0 [#]	0,000
Диастоликалык сфералык көрсөткүч, бирдик	0,51±0,07	0,50±0,05	0,58±0,05 [#]	0,000
Систоликалык сфералык индекс, бирдик	0,44±0,07	0,48±0,06	0,51±0,07 [#]	0,000
Em, см/с	52,8±5,3	54,2±3,9 [^]	39,3±4,0 [#]	0,000
Am, см/с	65,8±4,4	63,5±3,6	63,8±3,3	0,06
E/Am, бирдик	0,81±0,09	0,86±0,06 [^]	0,62±0,08 [#]	0,000
Et, см/с	47,1±3,5*	42,5±2,4	38,1±3,0 [#]	0,000
At, см/с	56,4±2,8*	60,9±3,0	61,3±3,9 [#]	0,000
E/At, бирдик	0,84±0,09	0,70±0,05 [^]	0,64±0,08 [#]	0,000
Карынча артериясы, мс	33,5±5,4*	37,4±4,2	40,3±4,6 [#]	0,000
Карынчанын глобалдык асинхрониясы	82,1±10,5*	98,55±12,4	105,3±14,2 [#]	0,000
*p ₁₋₂ ; ^p ₂₋₃ ; #p ₁₋₃				

Артериялык гипотония менен сол карынчанын төмөнкү дубалынын жана оң карынчанын миокард инфарктына кабылгандар тобунда (3.1 топ) ооруунун 1 күнүндө оң карынчанын ири өлчөмдөрү жана өзгөрүүлөрдүн эң кичинекей бөлүгү 1.1 жана 2.1 топторуна салыштырганда оң карынчанын аянты катталган ($p < 0.0001$).

Доплердик эхокардиографиянын натыйжасында ооруунун 1 күнүндө, 3.1 топтогу бейтаптарда трансмитралдык доплер агымы боюнча, 1.1 жана 2.1-топтордогу бейтаптарга караганда бир кыйла көбүрөөк деңгээлде эс алуунун белгилери байкалган. Ошентип, 3.1 топтогу E / Am индикатору 0.62 ± 0.08 ($p < 0.0003$) болгон. Транстрикуспидалдык агымынын индекси 1.1 топтогу бейтаптарда 0.84 ± 0.09 көрсөтсө, 2.1 топтогу бейтаптарда - 0.70 ± 0.05 көрсөткөн, 3.1 топто 0.64 ± 0.08 ($p < 0.0001$) болду. Ооруунун 1 күнүндө, 3.1 жана 3 топтогу бейтаптарда карынчалар аралык жана карынча ичиндеги асинхрониянын жеткиликтүүлүгү олуттуу басымдуулук кылган.

1 күнү изоляцияланган миокард инфаркты менен ооругандарда сол карынчанын төмөнкү дубалы эллипс формасын сактап калган. Балким, бул факт миокард инфарктынын локализациясына байланыштуу. Ошол эле учурда, курама миокард инфарктынын кабылдап кетиши менен айкалышкан агымы ооруган бейтаптарда диастоликалык сфералык индекстин жана систоликалык сфералык индекстин параметрлери курама миокард инфарктынын татаалдашпаган курсу менен ооругандардыкынан бир кыйла айырмаланган ($p < 0.0001$) (табл. – 2).

Ооруунун 30 күнүндө, 3.1 топтогу бейтаптар сол карынчанын көлөмдүк параметрлеринин жогорулагандыгын көрсөтүштү, бул 2.1 топтогу окшош көрсөткүчтөрдөн бир кыйла айырмаланды ($p<0.0001$). 1.1 топтогу бейтаптарда систоликалык сфералык индекс ооруусунун 30 күнүндө $0,48\pm0,06$ бирдикти түзсө, ал эми диастоликалык сфералык индекс $0,53\pm0,08$ бирдикти түздү.

2.1 жана 3.1 топтогу бейтаптарда сфералык жана диастоликалык сфералык индекс жогорулаган ($p<0.0002$). Диастоликалык сфералык индекс, 30 күнгө чейин, ассоциацияланбаган миокард инфаркты менен айкалышкан, $0,53 \pm 0,08$ бирдикти, коштолгон миокард инфаркты кабылдап кеткен оорулууларда $0,54\pm0,07$ бирдикти түзгөн ($p<0.001$) (табл. - 3).

Таблица 3. - 12 ай ичинде миокард инфаркты менен ооруган адамдарда сол карынчанын жана оң карынчанын систоликалык функциянын көрсөткүчтөрүнүн динамикасы

Параметрлер M±SD	Топ	1 күн-түн	30 күн-түн	6чы ай	12чи ай	Ptrend
Сол карынчанын чыгаруу фракциясы, %	1.1	51,0±4,4	49,8±3,6	53,4±4,9	50,6±3,8	0,443
	2.1	49,7±2,9	44,4±3,5	48,1±5,6	47,5±3,9	0,971
	3.1	46,6±4,9	46,2±4,0	45,8±4,8	41,2±2,7	0,000
Сол карынчанын систоликалык көлөмүнүн индекси, мл ³ /м ²	1.1	33,4±3,7	35,3±3,2	35,6±4,4	38,1±2,9	0,000
	2.1	36,9±2,0	41,4±2,4	43,4±5,0	44,8±4,2	0,000
	3.1	40,9±3,3	43,5±3,6	45,4±3,6	51,1±5,2	0,000
Индекстелген диастоликалык сол карынчанын көлөмү, мл ³ /м ²	1.1	68,2±4,9	70,3±5,1	76,4±4,8	77,4±4,8	0,000
	2.1	72,1±4,1	74,1±3,8	81,8±4,9	84,5±5,9	0,000
	3.1	81,3±4,3	81,1±5,1	84,0±6,2	87,3±8,8	0,000
Оң карынчанын акыркы систоликалык аймагы, см ²	1.1	14,3±1,4	12,4±1,1	15,9±1,2	10,9±0,9	0,000
	2.1	18,4±1,1	14,2±1,1	12,9±2,5	13,7±1,0	0,000
	3.1	19,3±1,4	18,6±1,3	15,6±1,9	15,3±1,1	0,000
Оң карынчанын акыркы диастоликалык аймагы, см ²	1.1	22,7±1,8	20,9±1,5	22,1±1,6	19,0±1,1	0,000
	2.1	29,5±1,5	24,6±1,8	22,3±1,5	20,8±1,6	0,000
	3.1	29,0±1,7	30,0±2,2	26,0±3,0	23,8±2,6	0,000
Оң карынчанын аймагындагы өзгөрүү-лөрдүн фракциясы, %	1.1	42,3±3,6	41,1±4,5	41,9±2,2	43,6±3,5	0,217
	2.1	34,9±3,6	41,7±1,5	41,4±2,1	41,8±1,8	0,000
	3.1	32,7±2,8	38,6±3,6	37,9±3,1	39,9±3,5	0,000
TAPSE, мм	1.1	19,9±1,3	20,0±1,7	20,6±1,5	20,9±1,1	0,000
	2.1	15,1±1,1	16,5±1,1	18,1±1,1	19,8±0,8	0,000
	3.1	11,2±1,0	13,4±0,9	17,8±1,7	19,5±1,7	0,000
Сфералык индекс, систоликалык, бирдик	1.1	0,44±0,08	0,48±0,06	0,48±0,04	0,46±0,02	0,203
	2.1	0,48±0,06	0,51±0,04	0,54±0,06	0,54±0,06	0,000
	3.1	0,51±0,07	0,52±0,03	0,53±0,06	0,59±0,04	0,000
Диастоликалык	1.1	0,51±0,07	0,53±0,08	0,54±0,05	0,54±0,03	0,020

сфералык көрсөткүч, бирдик	2.1	0,50±0,05	0,54±0,07	0,60±0,06	0,62±0,05	0,000
	3.1	0,58±0,05	0,61±0,04	0,64±0,06	0,70±0,08	0,000
Карынча артериясы, мс	1.1	33,5±5,4	34,2±6,1	37,2±5,5	39,2±4,9	0,000
	2.1	37,4±4,2	40,1±4,6	49,6±7,2	56,2±5,3	0,000
	3.1	39,1±4,9	46,5±5,8	54,2±6,1	61,4±4,6	0,000
Карынчанын глобалдык асинхрониясы, мс	1.1	82,1±10,5	94,7±11,2	106,3±9,8	117,3±12,1	0,000
	2.1	98,5±12,4	106,9±10,1	141,3±10,3	148,5±15,3	0,000
	3.1	105,3±14,2	117,3±13,5	153,6±9,3	159,4±12,2	0,000

1-топтогу бейтаптардагы сол карынчанын диастоликалык функциясын баалоодо 30 күнгө чейин 35% учурларда (n=15), трансмитралдык агымдын нормалдуу түрү, 65% учурларда (n=28) аныкталды, сол карынчанын релаксациясы бузулган. 2.1 топтогу оорулууларда ооруунун 30 күнүндө 34% учурларда (n = 16) сол карынчанын диастоликалык дисфункциясынын деңгээли чектелүү (n=10) жана псевдонормалдуу (n) түрүндө аныкталды, диастоликалык иштин түрлөрү, ал эми сол карынчанын диастоликалык функциясы бейтаптардын 19% (n=9), ал эми 47% бейтаптарда (n=22) эс алуунун бузулушу сакталып калган. Клиникалык жактан кыйла оор топто (3.1 топ) Трансмитралдык агымдын эс алуусунун начарлашы 53% учурларда байкалган (n=24), трансмитралдык агымдын оор түрлөрү 47% учурларда байкалган (n=21).

12 айдын ичиндеги динамикалык байкоо курч инфаркттын татаал курсу менен ооруган адамдарда сол карынчанын индекстелген көлөмүнүн көбөйүшүнүн динамикасын көрсөттү. Ошентип, 12 ай ичинде сол карынчанын диастоликалык индекстелген көлөмү 87,3±8,8 мл / м²ге жетти (p<0.0001); сол карынчанын акыркы систолалык көлөмү 51,1±5,2 мл³ / м² чейин (p <0.0001) болгон (табл.-3). Динамикалык байкоо процессинде 3.1 топтогу бейтаптарда сол карынчанын систоликалык ишинин прогрессивдүү начарлоосу катталган, натыйжада ооруунун 12 айында сол карынчанын фракциясы 41,2±2,7% түзгөн, мындай көрүнүш болжолдуу болгон. Ошол эле учурда, сол карынчанын төмөнкү дубалынын обочолонгон миокард инфаркты менен ооруган адамдарда, сол карынчанын көлөмүнүн нормалдуу көлөмү сакталган, натыйжада 12 ай ичинде сол карынчанын фракциясынын көбөйүшү байкалган, оору 50,6±3,8% чейин болгон. Бул фактылар жүрөктүн инфаркты менен айкалышкан бейтаптарда салыштырмалуу сол карынчанын төмөнкү дубалынын обочолонгон миокард инфарктынын кыйла ыңгайлуу курсун көрсөтөт.

Оң карынчанын миокард инфаркты менен ооруган адамдарда оң карынчанын систоликалык функциясын калыбына келтирүүдө оң динамика болгон. Анча-мынча деңгээлде, бирок оң карынчанын систоликалык функциясы артериялык гипотензия болгон топто дагы жакшырган (3.1 топ). Ошентип, 3.1 топтогу бейтаптардагы оң карынчанын акыркы систоликалык аянты 12 айда 15,3±1,1 см² жетти (p<0,0001), албетте - оң карынчанын диастоликалык аянты 23,8±2,6 см² чейин төмөндөгөн (p<0.0001). Ооруунун 12 айында динамикада (3 - таблицада көрсөтүлгөн) 3.1 топтогу бейтаптардагы оң карынчанын аймагындагы өзгөрүүлөрдүн үлүшү 39.9±3.5% түздү, ал эми

41.8±1.8% (2.1 топтогу бейтаптарда) ($p < 0,0001$). Бул өзгөрүүлөр TAPSE индикатору менен тастыкталат. Миокарддын инфарктынын татаал курсу менен ооруган бейтаптарда бул көрсөткүч 12 айдын ичинде 11,2±1,0 мм ден 19,5±1,7 мм чейин жогорулаган ($p < 0,0001$), 2.1 топтогу бейтаптарда 12 айда 19,8±0,8 мм. Бул өзгөрүүлөр оң карынчанын миокард инфарктына дуушар болгондон кийин оң карынчанын систоликалык ишинин динамикалык калыбына келтирилгендигин көрсөтөт.

Бейтаптар бир жыл бою алардын клиникалык абалына көз салышты. 6 мүнөттүк тесттин жыйынтыгы боюнча, 1.1 топтогу бейтаптарда жүрөк жетишсиздиги байкалды, 23% учурларда ($n=7$), 59% учурларда 2.1 топтогу бейтаптарда ($n=20$) иштелип чыккандыгы белгиленди жана 57% учурларда 3.1 топтогу бейтаптарда ($n=18$) ($p < 0.05$) көрсөткүчтөр алынды. Жүрөк жетишсиздигинин функционалдык классын аныктоодо 3.1 топтогу бейтаптарда жүрөк жетишсиздигинин кыйла оор функционалдык классы аныкталгандыгы белгиленди, ошентип, III топтогу (NYHA) функционалдык класстагы жүрөк жетишсиздиги бейтаптардын 19% аныкталды, бул башка топтордун маалыматтарынан кыйла айырмаланды. Функционалдык II класстагы жүрөктүн жетишсиздиги (NYHA) 56% учурларда 2.1 топтогу бейтаптарда аныкталды.

Байкоо жүргүзүүнүн 12 айында жүрөк жетишсиздигинин эң чоң прогресси 3.1 тобундагы бейтаптарда аныкталды, ошондуктан функционалдык класс III (NYHA) жүрөк жетишсиздиги 47% учурларда аныкталды ($n=15$), II функционалдык класс жүрөк жетишсиздиги (NYHA) 53% учурларда аныкталган ($n=17$), 2.1 топтогу бейтаптарда, 59% учурларда II функционалдык класс (NYHA) жүрөк жетишсиздиги болгон ($n=20$), жана 26% учурларда ($n=9$) III функционалдык класс (NYHA) жүрөк жетишсиздиги болгон ($p < 0.05$). Клиникалык байкоонун 12 айына карата 3.1 тобундагы бейтаптарда 2 өлүм катталып, 6% түздү, 2.1 топто - 1 өлүм (3%) катталган, ал эми 1.1 топто өлүм байкалган жок. Курч коронардык синдромдун кайталанган эпизоддору 3.1 топтогу бейтаптарда көп болгон - 34% учурларда ($n=11$), 2.1 топто - 21% ($n=7$), 1.1 топто - 17% ($n=5$) катталды.

Жүрөк жетишсиздигинин мүмкүн болуучу божомолун аныктоо үчүн бир өзгөрүлмө логистикалык анализ колдонулган (функционалдык III класс жүрөк жетишсиздиги (NYHA)). Алынган натыйжаларга таянсак, сол карынчанын систоалык көлөмүнүн жогорку деңгээли жүрөк жетишсиздигинин өнүгүү коркунучу менен байланышкан (жүрөк жетишсиздигинин III функционалдык классы (NYHA) (шанс мамилеси 1,058, 95% ишеним аралыгы 1,008-1,111; $p < 0,05$) жана сол карынчанын акыркы диастолалык көлөмү (шанс мамилеси 1,063, 95% ишеним аралыгы 1,031-1,098, $p < 0,001$). Бирок, сол карынчанын фракциясынын жогорку көрсөткүчтөрү жүрөктүн жетишсиздигинин өнүгүү мүмкүнчүлүгүнүн төмөндөшү менен байланыштуу болгон (шанс мамилеси 0,891, 95% ишеним аралыгы 0,823-0,964, $p < 0,01$). Ошондой эле, оң карынчанын аймагынын параметрлери жана оң карынчанын аймагындагы өзгөрүү фракциясы жүрөк

жетишсиздигинин өнүгүү коркунучу жогору болгон (жүрөк жетишсиздигинин III функционалдык классы (NYHA). Ошентип, ар бир кошумча см² систоалык аймак жана, албетте, диастоликалык аймак, татаалдашуу тобокелдигине тиешелүүлүгүнө жараша 32,3% жана 15,3% га жогорулатты. Ошондой эле, оң карынчанын аймагындагы фракциялык өзгөрүүлөрдүн ар бир кошумча пайызы үчүн жүрөк жетишсиздигинин коркунучу 3,6% жогорулаган. Ошол эле учурда, жүрөк жетишсиздигинин коркунучу менен TAPSE индикаторлорунун ортосунда тескери байланыш болгон (Шанс мамилеси 0,781, 95% ишеним аралыгы 0,691-0,882; $p < 0,001$).

Жүрөк жетишсиздигинин (жүрөк жетишсиздигинин III функционалдык классы (NYHA)) өнүгүүсүнүн көзкарандысыз божомолун аныктоо үчүн моделге индикаторлорду киргизүү менен бир нече логистикалык анализ жүргүзүлдү. Көз карандысыз прогноздук параметрлер (башка көрсөткүчтөрдү эске алуу менен) курак, TAPSE жана оң карынчанын аймагындагы өзгөрүүлөрдүн үлүшү экендиги аныкталды. Бейтаптын курагынын ар бир кийинки жылы жүрөк жетишсиздигинин өнүгүү мүмкүнчүлүгүн 7% га көбөйтөт (шанс мамилеси 1,07; 95% ишеним аралыгы 1,009-1,143; $p < 0,05$). Оң карынчанын аймагындагы өзгөрүүлөр фракциясынын жогорку көрсөткүчтөрү статистикалык түрдө жүрөк жетишсиздигинин өнүгүү ыктымалдыгын жогорулатты - ар бир кошумча үчүн, оң карынчанын аймагындагы өзгөрүүлөр фракциясынын бир пайызы, жүрөк жетишсиздиги 3% жогорулады (шанс мамилеси 1,03, 95% ишеним аралыгы 1,003-1,051, $p < 0,05$). Ошол эле учурда, TAPSE көрсөткүчү канчалык жогору болсо, келечектеги жүрөк жетишсиздигинин мүмкүнчүлүгү ошончолук төмөндөйт - ар бир кошумча миллиметр жүрөктүн катуу жетишсиздигинин татаалдашуу ыктымалдыгынын 19% төмөндөшү менен байланыштуу болгон. Аныктоо коэффициенти (R^2) 0,315 түздү.

Төртүнчү бөлүмдө “Жүрөктүн систоликалык жана диастоликалык иштешинин динамикасы, миокарддын реперфузия ыкмасына жараша сол карынчанын жана оң карынчанын ылдыйкы дубалынын миокарддын инфаркты менен айкалышкан” изилдөөнүн натыйжалары жана аларды андан ары талкуулоо көрсөтүлгөн.

Биздин изилдөөдө фармако-инвазивдик ыкма колдонулган, башкача айтканда, бардык бейтаптар ооруканага чейинки тромболитикалык терапиядан өтүп, тромболитикалык терапиядан 2 сааттан кийин стационардык стадияда тери-коронардык интервенция жасалган. Реваскуляризация сол карынчанын төмөнкү дубалынын обочолонгон миокард инфаркты менен, ошондой эле сол карынчанын төмөнкү дубалынын жана оң карынчанын коштолгон миокард инфаркты менен 39 бейтапка жасалган. Бардык бейтаптарга металлдан стент коюшкан. Бардык байкоо иштери изилдөө долбооруна ылайык жүргүзүлдү.

Экспертизанын жүрүшүндө коронардык ангиографиялык индекстерге анализ жүргүзүлүп, 2.2 жана 3.2 топтогу бейтаптарда көп тамырлуу коронардык артерия оорусунун басымдуулук кылгандыгы аныкталды. 1.2

топтогу бейтаптар көп учурда бир тамырлуу коронардык артерия оорусуна чалдыгышкан, бул 76% учурду түзсө, 2.2 топтогу бейтаптарда - 8%, ал эми 3.2 топто - 0% түзгөн ($p < 0.001$). Эки тамырлуу коронардык артерия оорулары тууралуу маалыматтарда олуттуу айырмачылыктар байкалган жок. Көп тамырлуу коронардык артерия оорусу 3.2 (77%) топтогу бейтаптарда көбүрөөк байкалган, алар 2.2 (62%) жана 1.2 (16%) топторунан кыйла айырмаланган ($p < 0.001$) (табл. - 4).

Таблица 4. - Миокард инфаркты менен ооруган адамдардын коронардык ангиографияга мүнөздөмөлөрү

Миокард инфарктына кабылгандардын коронардык артерия ооруларынын түрлөрү	1.2чи топ (n=13)	2.2чи топ (n=13)	3.2чи топ (n=13)	panova
Бир тамырлуу жабыркоо	10(76%)*	1(8%)	0 (0%) [#]	<0,001
Эки тамырлуу жабыркоо	1(8%)	4(30%)	3(23%)	нд
Көп тамырлуу жабыркоо	21(6%)*	8(62%)	10(77%) [#]	<0,001
*p ₁₋₂ ; ^p ₂₋₃ ; #p ₁₋₃				

Эскертүү: ЖА - индикаторлордун ортосундагы жеткиликсиз айырмачылык.

Жүрөктүн олуттуу иш-чараларынын өнүгүү тобокелдигин изилдөө максатында, биз синтаксистик упай масштабын талдадык (табл. - 5). 1.2 тобундагы бейтаптарда көбүрөөк деңгээлде (62%, n=8), көрсөткүч ≤ 22 баллдын чегинде болгон, бул 2.2 жана 3.2 топторундагы бейтаптарга караганда кыйла жогору болгон ($p < 0.05$). 3.2 тобундагы бейтаптарда, 38% учурларда (n=5) ушул шкала боюнча (32 упай) жогорку тобокелдик болгон. Орточо балл 3.2-24.96 \pm 6.2 тобундагы бейтаптарда кыйла жогору болгон ($p < 0.0001$).

Таблица 5. - Миокард инфаркты менен ооруган адамдардын синтаксистик упайлары

Топ	Төмөнкү тобокелдик (≤ 22 упай), n (%)	Орточо тобокелдик (23-32 упай), n (%)	Жогорку тобокелдик (> 32 упай), n (%)	Орточо упай
1.2 топ (n=13)	8(62%)	3(23%)	2(15%)	19,96 \pm 7,5
2.2 топ. (n=13)	5(40%)	4(30%)	4(30%)	20,9 \pm 6,6
3.2 топ. (n=13)	3(24%) [#]	5(38%)	5(38%)	24,96 \pm 6,2 [#]
p _{anova}	<0,05	<0,5	<0,2	< 0,0001
*p ₁₋₂ ; ^p ₂₋₃ ; #p ₁₋₃				

Маалыматтарды алгачкы талдоонун натыйжалары (ооруунун 1 күнүндө) изилденген бейтаптардын топторунун ичинде жүрөктүн систоликалык иш-аракетинин көрсөткүчтөрүндө олуттуу айырмачылыктар табылган жок (табл. - 6), б.а. эндоваскулярдык дарылоону колдонуу, баштапкы көрсөткүчтөрдүн айырмачылыгы табылган жок. Балким, бул факт тромболитикалык терапия алган адамдар инвазивдик эмес критерийлер боюнча реперфузияга жеткенден кийин гана тандалып алынгандыгынан улам келип чыккандыр. Мындан тышкары, алгачкы этапта миокарддын иштешине миокарддын реперфузия бузулушу терс таасирин тийгизет.

Таблица 6. - Ооруунун 1 күнүндө миокард инфаркты менен ооруган адамдарда сол жана оң карынчанын систоликалык иштешинин көрсөткүчтөрү

Параметрлер M±SD	1.1 топ (n=30)	1.2 топ (n=13)	p	2.1 топ (n=34)	2.2 топ (n=13)	p	3.1 топ (n=32)	3.2 топ (n=13)	p
Сол карынчанын акыркы диастоликалык көлөмү, млЗ	131,0 ± 5,4	128 ± 6,2	ЖА	134,7 ± 4,4	127,6 ± 5,3	ЖА	155,5 ± 7,3	146,3 ± 6,5	ЖА
Сол карынчанын индекстелген диастоликалык көлөмү, млЗ / м2	68,2 ± 4,9	66,3 ± 5,6	ЖА	72,1 ± 4,0	69,6 ± 3,8	ЖА	81,3 ± 4,3	79,5 ± 4,2	ЖА
Сол карынчанын систоалалык көлөмү, млЗ	64,3 ± 6,7	62,5 ± 5,6	ЖА	69,0 ± 3,1	67,5 ± 3,5	ЖА	78,1 ± 6,2	75,3 ± 5,2	ЖА
Сол карынчанын индекстелген систоалалык көлөмү, млЗ / м2	33,4 ± 3,7	31,6 ± 2,8	ЖА	36,9 ± 2,0	35,2 ± 2,1	ЖА	40,9 ± 3,3	38,6 ± 3,2	ЖА
Сол карынчанын чыгаруу фракциясы, %	50,9 ± 4,4	51,1 ± 3,6	ЖА	48,7 ± 2,9	47,1 ± 3,2	ЖА	46,6 ± 4,9	45,3 ± 3,6	ЖА
ОК акыркы диастоликалык аймагы, см²	22,7 ± 1,8	23,5 ± 2,0	ЖА	29,5 ± 1,5	28,6 ± 1,6	ЖА	29,0 ± 1,7	28,3 ± 1,6	ЖА
ОК аймактын өзгөрүшү, см²	14,3 ± 1,4	15,1 ± 1,6	ЖА	18,4 ± 1,1	18,6 ± 2,2	ЖА	19,3 ± 1,4	19 ± 1,6	ЖА
ОК аймактын өзгөрүшү, %	42,3 ± 3,6	41,2 ± 3,0	ЖА	34,8 ± 3,6	34,9 ± 3,5	ЖА	32,7 ± 2,8	30,5 ± 2,4	ЖА
TAPSE, мм	19,9 ± 1,3	2,0 ± 1,4	ЖА	15,1 ± 1,1	14,5 ± 1,2	ЖА	11,2 ± 1,0	12,3 ± 1,3	ЖА
Диастоликалык сфералык көрсөткүч, бирдик	0,51 ± 0,07	0,5 ± 0,05	ЖА	0,50 ± 0,05	0,51 ± 0,05	ЖА	0,58 ± 0,05	0,56 ± 0,06	ЖА
Сфералык индекс, систоликалык, бирдиктер	0,44 ± 0,07	0,42 ± 0,06	ЖА	0,48 ± 0,06	0,46 ± 0,05	ЖА	0,51 ± 0,07	0,5 ± 0,06	ЖА

ЖА - көрсөткүчтөрдүн ортосундагы жеткиликсиз айырмачылык.

Ооруунун 12 айындагы маалыматтарды контролдук анализдөө учурунда, эхокардиографиялык көрсөткүчтөр 1.1, 1.2 жана 2.2 топторундагы бейтаптарда сол карынчанын систоликалык функциясын сактап калгандыгын көрсөттү (табл. - 7). 1.2 топтун көрсөткүчтөрүнө келсек, бул факт алдын-ала күтүлгөн эле.

Таблица 7. - Миокард инфаркты менен ооругандардын ооруусунун 12 айында сол жана оң карынчанын систоликалык иштешинин көрсөткүчтөрү

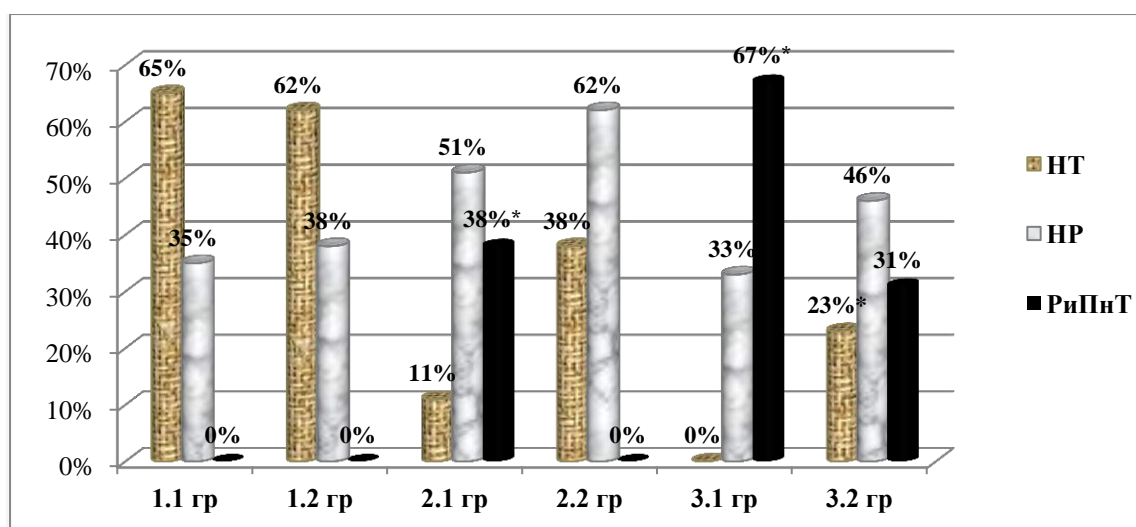
Параметрлер M±SD	1.1 топ (n=30)	1.2 топ (n=13)	p	2.1 топ (n=34)	2.2 топ (n=13)	p	3.1 топ (n=32)	3.2 топ (n=13)	p
Сол карынчанын акыркы диастоликалык көлөмү, мл ³	148,7±5,5	125,2±5,3	0,005	166,4±15,2	142,5±6,3	0,025	166,4±15,2	152,3±10,2	ЖА
Сол карынчанын индекстелген диастоликалык көлөмү, мл ³ / м ²	77,4±4,8	69,6±5,0	0,05	84,5±5,9	70,1±5,1	ЖА	87,3±8,8	84,1±7,5	ЖА
Сол карынчанын систоалалык көлөмү, мл ³	73,3±4,7	60,3±4,2	0,05	83,8±8,3	63,2±5,6	0,024	97,8±10,1	86,5±6,5	ЖА
Сол карынчанын индекстелген систоалалык көлөмү, мл ³ / м ²	38,1±2,9	31,2±3,2	0,046	44,8±4,2	32,1±4,3	0,06	51,1±5,2	45,6±5,3	ЖА
Сол карынчанын чыгаруу фракциясы, %	50,6±3,8	52±3,2	ЖА	46,5±3,9	55,6±3,5	0,05	41,2±2,7	43,4±2,3	ЖА
Оң карынчанын акыркы диастоликалык аянты, см ²	19,0±1,1	18,6±1,6	ЖА	20,8±1,6	19,1±1,5	ЖА	23,8±2,6	20,1±2,2	ЖА
Оң карынчанын акыркы диастоликалык аянты, см ²	10,9±0,9	11,2±1,3	ЖА	13,7±1,0	13,2±1,2	ЖА	15,3±1,1	14,2±1,8	ЖА

Оң карынчанын аймагындагы өзгөрүүлөрдүн үлүшү, %	43,6±3,5	42,1±2,1	ЖА	41,8±1,8	43,1±1,2	ЖА	39,9±3,5	40,1±1,8	ЖА
TAPSE, мм	20,9±1,1	21,2±1,2	ЖА	19,8±0,8	20,3±1,1	ЖА	19,5±1,7	20,2±1,3	ЖА

ЖА - көрсөткүчтөрдүн ортосундагы жеткиликсиз айырмачылык.

Сол карынчанын систоласынын көрсөткүчтөрү бир кыйла жакшырган 2.2 топтогу бейтаптар жөнүндө айтууга болбойт, бул акыр аягында сол карынчанын чыгаруу фракциясынын көбөйүшүнө алып келген, ошондуктан 2.2 топтогу сол карынчанын чыгаруу фракциясы 12 жылга карата $55,6 \pm 3,5\%$ түздү, ал эми 2.1 тобунда - $46,5 \pm 3,9\%$ түздү ($p < 0.05$). Ооруунун 12 айына чейин оорулуулардын 3.2 тобунда сол карынчанын көлөмдүк параметрлеринде, ошондой эле сол карынчанын фракциясынын көрсөткүчүндө олуттуу айырмачылыктар болгон эмес. Ошентип, 3.2 топтогу бейтаптардагы сол карынчанын чыгаруу фракциясы $43,4 \pm 2,3\%$ түзсө, 3.1 топтогу бейтаптарда $41,2 \pm 2,7\%$ түздү. Балким, бул жагдай оорулуулардын ушул тобундагы коронардык артериялардын бир кыйла катуу жабыркашына байланыштуу болду.

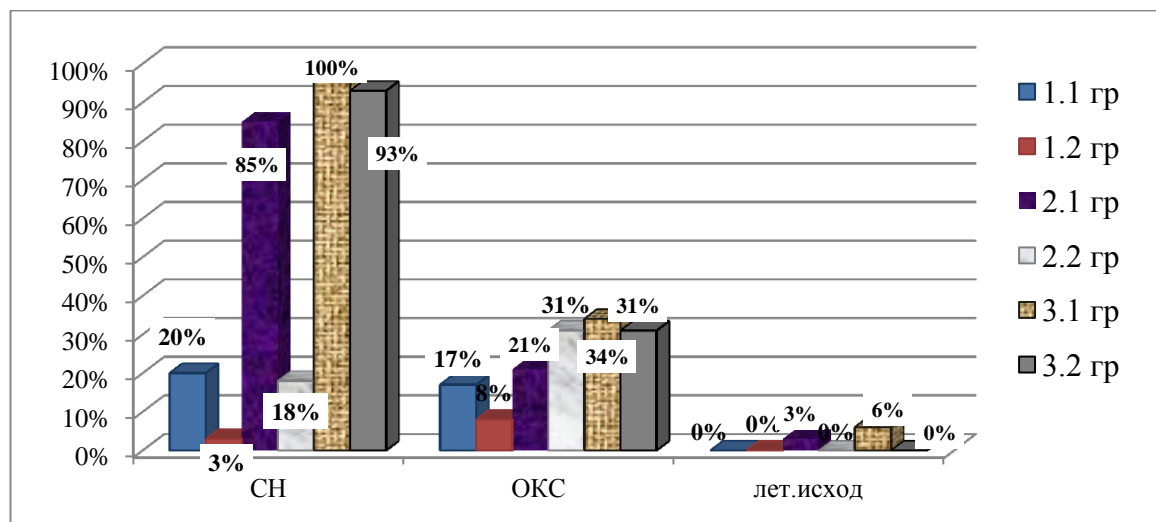
Ооруунун 12 айына карата сол карынчанын диастолалык дисфункциясынын прогресси 2 жана 3 топтогу бейтаптарда, көбүрөөк деңгээлде 2.1 жана 3.1 топчолорунда пайда болгон (1-сүрөт). Ошентип, сол карынчанын диастоликалык дисфункциясынын оор түрлөрү 38% учурларда 2.1 топтогу бейтаптарда болгон, ал эми 2.2 топто сол карынчанын диастоликалык дисфункциясынын оор түрлөрү болгон эмес ($p < 0.05$). 3.1 топтогу 3 топтогу бейтаптарда сол карынчанын диастоликалык дисфункциясынын оор түрлөрү 67% учурларда, ал эми 3.2 топто 31% учурларда болгон ($p < 0.05$).



1-сүрөт. Ооруунун 12 айында миокард инфарктына чалдыккан бейтаптардагы трансмитралдык доплер агымынын түрлөрү. Эскертүү: HT- диастоликалык иштин

нормалдуу түрү, НР- эс алууну бузуу, РИПНТ- диастоликалык иштин чектөөчү жана псевдо-нормалдуу түрлөрү; *- топтордун ортосундагы олуттуу айырмачылыктар, $p<0,05$.

Клиникалык байкоонун 12 айына карата 3.1 топто 2 өлүм катталса, бул 6% түздү, ал эми 2.1 топто 1 өлүм катталды; курч коронардык синдромдун кайталанган эпизоддору эки карынчанын миокард инфаркты менен ооруган адамдарда көп кездешкен (3.1 топ) - 34% ($n=11$), 3.2 тобундагы 31% ($n=4$), жана ошондой эле жүрөк жетишсиздигинин белгилерин бир топ деңгээлде 3.1 топто - 100% ($n=32$) бейтаптарда каттоону улантышкан, ошондой эле 3.2 топто 93% жүрөк жетишсиздигинин өнүгүшү белгиленди ($n=12$) (2-сүрөт).



2-сүрөт. Ооруунун 12 айында миокард инфарктына чалдыккан пациенттерде клиникалык агымдын жагымсыз эпизоддорунун келип чыгышын талдоо (% менен).

Ошентип, биздин изилдөөнүн натыйжалары көрсөткөндөй, сол карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфарктына жана сол карынчанын төмөнкү дубалынын жана оң карынчанын артериялык гипотониясыз миокард инфарктына ээ болгон топтордо фармако-инвазиялык ыкманы колдонуу оорунун жүрүшүнө оң таасир этет. Артериялык гипотония менен татаалдашкан сол карынчанын жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфакт менен ооругандардын тобунда, фармако-инвазиялык ыкма (инфекция менен байланышкан артерияны стресс кылуу, көп тамырлуу коронардык артерия ооруусунда) натыйжасында, жүрөк жетишсиздигинин оор түрлөрүнүн өнүгүшү менен далилденет.

КОРУТУНДУ

1. Сол карынчанын төмөнкү дубалынын жана оң карынынын миокардынын инфаркты менен ооруган оорунун дебютунда артериялык гипотониянын болушу менен бейтаптар сол карынчанын патологиялык ремоделдөөсүнүн байкалып турган белгилери менен мүнөздөлөт, сол карынчанын диастоликалык дисфункциясы, карынча аралык жана ички

карынча асинхрониянын клиникалык агымы менен оорлошкон, туруктуу гемодинамикасы менен пациенттерге салыштырмалуу оорлошкон белгилери менен дагы мүнөздөлөт.

2. Сол карынынын төмөнкү капталынын миокардынын жана оң карынчанын инфаркт менен ооруган оорулууларда оор өнөкөт жүрөк жетишсиздигин өнүктүрүүнүн көз каранды эмес божомолдору болуп артериялык кан гипотониясы менен оорлошкон карынча аянтынын өзгөрүү фракциясы саналат (ФИП ПЖ%) (ОШ 1,03; 95% ДИ 1,003-1,051; $p=0,026$), трикуспидалдуу клапандын шакекче боюнча болгон экскурсиясынын көрсөткүчтөрү (TAPSE, мм) (ОШ 0,81; 95% ДИ 0,699-0,938; $p=0,005$) ($R^2=0,315$).

3. Сол карынчанын төмөнкү капталындагы миокарддын инфаркты жана оң карынчанын миокарддын инфаркты менен ооруган бейтаптарда коронардык артериялардын 77% учурларда катуу көп тамырдуу жабыркоосу басымдуулук кылат ($p<0,001$), Syntax Score мамычасы боюнча орто баллы $24,96\pm 6,2$ ($p<0,0001$) түзөт.

4. Сол карынчанын төмөнкү капталдарынын миокарддын инфаркты учурунда жана сол карынчанын төмөнкү капталындагы миокарддын инфаркты учурунда Фармако-инвазивдүү реперфузиянын методу туруктуу гемодинамикасы менен сол жана оң карынчанын функциясына, ошондой эле оорунун клиникалык жүрүшүнө оң таасир тийгизет. Сол карынчанын жана оң карынчанын миокарддын инфаркты менен ооруган оорулууларда коронардык артериялардын көп катуулугу тамырда гана стентирлөөдө инфаркт - байланышкан коронардык артериянын көп тамыр ооруларында оорунун клиникалык жүрүшүнө жана сол карынчанын ошондой эле оң карынчанын функциялык абалына ишенимдүү таасир көрсөткөн эмес.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Сол карынчанын жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокарддын алдындагы кыска мөөнөттүү орточо артериялык гипотонияны өнүктүрүү жүрөк оор формаларынын өнүгүшүнө коркунуч болуп саналат.

Көз карандысыз алдын-ала жүрөк оорусунун белгиси болуп оң карынча аянтынын фракциясынын өзгөрүүсү бөлчөк жана трикуспидалдык клапандын шакек боюнча экскурсиянын көрсөткүчү болуп саналат.

2. Сол карынчанын жана оң карынынын жүрөк инфарктынын инфаркты менен ооруган бейтаптарда артериялык гипотония күчөгөн жана коронардык артериялардын көп тамырдуу бузулушу инфаркты менен байланышкан артерияларды стилдештиргенден кийин тери аркылуу коронардык кийлигишүүсү зарыл (ЕКК жана ЕКА клиникалык колдонмолорго ылайык).

ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ТЕМЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Чазымова, З. М.** Особенности инфаркта миокарда правого желудочка [Текст] / З. М. Чазымова // Известия Национальной Академии наук Кыргызской Республики, 2013. - № 2. - С. 71-77. <http://naskr.kg/ru/2019/08/15/izvestiya-nan-kr>
2. Особенности кардиогенного шока при инфаркте миокарда правого желудочка [Текст] / М.Т. Бейшенкулов, **З.М. Чазымова**, А.К. Ибраева // Известия Национальной Академии наук Кыргызской Республики, 2013. - № 3. – С.73-77. <http://naskr.kg/ru/2019/08/15/izvestiya-nan-kr>
3. Ремоделирование левого желудочка, меж- и внутривентрикулярная асинхрония у больных инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка в зависимости от вовлечения правого желудочка [Текст] / М. Т. Бейшенкулов, **З. М. Чазымова**, А. К. Ибраева // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета, 2014. - Том 14. - № 5. - С. 26-29. <http://vestnik.krsu.edu.kg>
4. Динамика диастолической функции у больных инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка в зависимости от вовлечения правого желудочка [Текст] / М. Т. Бейшенкулов, **З. М. Чазымова**, А.К. Ибраева // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета, 2014. - Том 14. - № 5.- С. 30-34. <http://vestnik.krsu.edu.kg>
5. Ремоделирование левого желудочка у пациентов с инфарктом миокарда правого желудочка [Текст] / М. Т. Бейшенкулов, **З. М. Чазымова**, А. С. Абылгазиева и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - Москва, 2015. - Том 11.- № 6. – С. 595-600. <https://www.rpcardio.com>
6. Течение сочетанного инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка с транзиторной артериальной гипотонией [Текст] / **З. М. Чазымова**, М.Т. Бейшенкулов, К. Р. Калиев и др. // Евразийский кардиологический журнал. - Москва, 2017. - № 4. - С. 74-79. <http://www.gipertonik.ru/evrazijskij-kardiologicheskij-zhurnal>
7. Ремоделирование и асинхрония левого желудочка у больных инфарктом миокарда обоих желудочков, осложненным артериальной гипотонией [Текст] / М. Т. Бейшенкулов, **З. М. Чазымова**, К. Р. Калиев и др. // Кардиологический вестник. - Москва, 2017. - Том XV. - № 4. - С. 12-17. <https://www.mediasphera.ru/journal/kardiologicheskij-vestnik>
8. Клинико-функциональные особенности инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка в зависимости от вовлечения правого желудочка в дебюте заболевания [Текст] / М. Т. Бейшенкулов, **З. М. Чазымова**, К. Р. Калиев и др. // Здоровье Кыргызстана, 2017. - № 2. - С. 23-28. <https://zdrav.kg>
9. Динамика диастолической функции левого желудочка и систолической функции правого желудочка при сочетанном инфаркте миокарда, осложненном артериальной гипотонией [Текст] / М.Т. Бейшенкулов, **З.М.**

Чазымова, К.Р. Калиев и др.]// Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета, 2019. -Том 19. - № 5. - С. 3-9. <http://vestnik.krsu.edu.kg>.

10. Ремоделирование левого желудочка у больных с сочетанным инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка в зависимости от метода реперфузии [Текст] / М.Т. Бейшенкулов, **З.М. Чазымова, К.Р. Калиев и др.]// «Научные исследования в Кыргызской Республике», 2021. - №1. <http://vak.kg/jurnalVAK>**

Чазымова Залина Магамедовнанын «Сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалдарынын транзитардык артериалдык гипотония менен айкалышкан миокард инфарктынын курч түрүнүн клиникалык жана функционалдык өзгөчөлүктөрү» деген темада 14.01.05 – кардиология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: оң карынча миокард инфаркты, эхокардиография, тромболитикалык терапия, тери-коронардык интервенция, сол карынчаны калыбына келтирүү, асинхрония.

Изилдөө объектиси: сол жана оң карынчанын баштапкы төмөнкү инфаркты менен ооруган 135 бейтап.

Изилдөө предмети: клиникалык-функциялык өзгөчөлүктөрү, ылдыйкы сол капталынын карынчасынын жана оң карынчасынын миокард инфаркты менен транзитордук артериялык гипотония.

Иштин максаты. Сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган оорулуулардагы транзитардык артериялык гипотониянын өрчүшүнө жараша сол жана оң карынчалардын клиникалык агымын, функционалдык абалын, коронардык атеросклерозунун оордугун жана тери-коронардык кийлигишүүлөрдүн натыйжалуулугун изилдөө.

Изилдөө ыкмалары: жалпы клиникалык, статистикалык, диагностикалык ыкмалар (электрокардиография, эхокардиография, доплердик эхокардиография, коронардык ангиография).

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыгы. Ооруунун башталышынан баштап 12 айга чейин динамикалык байкоо жүргүзүүдө ооруунун башталышында өтмө артериялык гипотония менен сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфарктына кабылган бейтаптардын тобунда патологиялык ооруулардын өнүгүшү реваскуляризациялоо ыкмасына карабастан далилденген, сол карынчанын калыбына келтирилиши жана жогорку класстагы жүрөктүн жетишсиздигинин өнүгүшү байкалган, ошондой эле бейтаптардын ушул тобундагы короангиографиялык маалыматтарга ылайык, коронардык артериянын көп тамырлуу ооруусу көбүрөөк кездешет. Ооруунун башталышында туруктуу гемодинамикасы бар сол жана оң карынчанын төмөнкү дубалынын миокард инфаркты менен ооруган адамдарда жүрөктүн

функционалдык абалы жакшырат да, жүрөк ооруусунун күчөп кетүү коркунучу 12 айга чейин төмөндөйт.

Колдонуу боюнча сунуштар: иштин натыйжаларын республиканын бардык адистештирилген дарылоо-профилактикалык мекемелеринин тажрыйбасына, ошондой эле клиникалык ординаторлорду окутуу программасына жана дарыгерлердин дипломдон кийинки билим берүү цикларына киргизүү сунушталат.

Колдонуу жааты: кардиология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Чазымовой Залины Магамедовны на тему: «Клинико-функциональные особенности острого инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка с транзиторной артериальной гипотонией» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.05 – кардиология

Ключевые слова: инфаркт миокарда правого желудочка, эхокардиография, тромболитическая терапия, чрескожное коронарное вмешательство, ремоделирование левого желудочка, асинхрония.

Объект исследования: 135 больных первичным нижним инфарктом миокарда левого желудочка и правого желудочка.

Предмет исследования: клинико-функциональные особенности инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка с транзиторной артериальной гипотонией.

Цель исследования. Изучить клиническое течение, функциональный статус левого и правого желудочков, тяжесть коронарного атеросклероза и эффективность чрескожного коронарного вмешательства у больных инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка в зависимости от развития транзиторной артериальной гипотонии.

Методы исследования: общеклинические, статистические, диагностические (электрокардиография, эхокардиография, доплер-эхокардиография, коронароангиография).

Полученные результаты и их новизна. Доказано, что в группе с инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка с транзиторной артериальной гипотонией в дебюте заболевания при динамическом наблюдении к 12^{му} месяцу от начала заболевания отмечается развитие патологического ремоделирования левого желудочка и развитие сердечной недостаточности более высокого класса, независимо от метода реваскуляризации, а также по данным короангиографии у данной группы больных чаще встречается многососудистое поражение коронарных артерий. У больных с инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка со стабильной гемодинамикой в дебюте заболевания, применение эндоваскулярной реперфузии позволяет улучшить

функциональное состояние сердца, снижает риск развития тяжелой сердечной недостаточности к 12^{му} месяцу заболевания.

Рекомендации по использованию: результаты работы рекомендуется внедрить в практику всех специализированных лечебно-профилактических учреждений Республики, а также в программу обучения клинических ординаторов и циклы постдипломной подготовки врачей.

Область применения: кардиология.

SUMMARY

Dissertation of Zalina Magamedovna Chazymova on the theme: "Clinical and functional features of acute myocardial infarction of the lower wall of the left ventricle and right ventricle with transient arterial hypotension" for the degree of candidate of medical Sciences in the specialty 14.01.05 – cardiology

Key words: right ventricular infarction, echocardiography, thrombolytic therapy, percutaneous coronary intervention, left ventricular remodeling, asynchrony.

The object of the study: 135 patients with primary lower left ventricular and right ventricular myocardial infarction.

Subject of the study: clinical and functional features of myocardial infarction of the lower wall of the left ventricle and right ventricle with transient arterial hypotension.

The purpose of the study. To study the clinical course, the functional status of the left and right ventricles, the severity of coronary atherosclerosis and the effectiveness of percutaneous coronary intervention in patients with myocardial infarction of the lower wall of the left ventricle and right ventricle, depending on the development of transient arterial hypotension.

Methods of investigation: general clinical, statistical, diagnostic (electrocardiography, echocardiography, Doppler echocardiography, coronary angiography).

The results obtained and their novelty. It is proved that in the group with myocardial infarction of the inferior wall of the left ventricle and right ventricle, with transient arterial hypotension at the onset of disease during follow-up to 12th month from the onset of the disease is the development of pathological left ventricular remodeling and development of heart failure higher class, regardless of the method of revascularization, and according to coronary angiography in this group of patients is more common multivessel disease of the coronary arteries. In patients with myocardial infarction of the lower wall of the left ventricle and right ventricle with stable hemodynamics at the onset of the disease, the use of endovascular reperfusion improves the functional state of the heart, reduces the risk of severe heart failure by the 12th month of the disease.

Recommendations for use: the results of the work are recommended to be implemented in the practice of all specialized medical and preventive institutions of

the Republic, as well as in the training program for clinical residents and the cycles of postgraduate training of doctors.

Field of application: cardiology.

КЫСКАРТЫЛГАН ШАРТТУУ БЕЛГИЛЕРДИН ТИЗМЕСИ

АБ	-	артериялык басым
БАБ	-	бета-адреноблокатор
ФААИ	-	ферментке айлануучу ангиотензин ингибитору
ИАДК	-	индексирленген акыркы-диастоликалык көлөмү
ИАДӨ	-	индексирленген акыркы-диастоликалык өлчөмү
ИАСК	-	индексирленген акыркы-систоликалык көлөмү
ИАСӨ	-	индексирленген акыркы-систоликалык өлчөмү
МИ	-	миокард инфаркты
СДИ	-	сфералык диастоликалык индекс
ССИ	-	сфералык систоликалык индекс
КА	-	коронардык артериялар
КАГ	-	коронароангиография
КБС	-	жүрөктүн коронардык ооруусу
СК АДК	-	СК акыркы-диастоликалык көлөмү
СК АСК	-	СК акыркы-систоликалык көлөмү
СК	-	сол карынча
СД	-	сол дүлөйчө
КАТ	-	карынчалар аралык тосмо
СМС	-	систоликалык миокардиалдык стресс
ДМС	-	диастоликалык миокардиалдык стресс
ККС	-	курч коронардык синдром
ОК	-	оң карынча
ЖК	-	жүрөк кемтиги
ТЛТ	-	тромболитикалык терапия
СФ	-	согуу фракциясы
ФК	-	функционалдык класс
ТКК	-	тери-коронардык кийлигишүү
ЭКГ	-	электрокардиография
ЭХОКГ	-	эхокардиография
Am	-	СК максималдуу кеч толтуруу ылдамдыгы
Em	-	СК максималдуу эрте толтуруу ылдамдыгы
E/Am	-	СК максималдуу эрте жана кеч толтуруу ылдамдыгынын катышы

At	-	ОК максималдуу кеч толтуруу ылдамдыгы
Et	-	ОК максималдуу эрте толтуруу ылдамдыгы
E/At	-	ОК максималдуу эрте жана кеч толтуруу ылдамдыгынын катышы
p	-	натыйжалардын жеткиликтүүлүгү
жа	-	жеткиликсиз айырмачылыктар
ЕКК	-	Европалык кардиология коому
ЕКА	-	Евразиялык кардиологдор ассоциациясы